Ein Beitrag
zur Radicaloperation der Hernien.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. Ludwig-Maximilians-Universität München

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

CARL LANGE
cand. med.
aus
Joinville (Brasilien).

München, 1884.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ein Beitrag
zur Radicaloperation der Hernien.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. Ludwig-Maximilians-Universität München

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

CARL LANGE
cand. med.
aus
Joinville (Brasilien).

München, 1884.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

REFERENT:

Prof. Dr. Ritter von Nussbaum.

SEINEN THEUREN ELTERN

IN

KINDLICHER DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554602_0060

Unter Eingeweidebruch, Hernia, versteht man die Vorlagerung von Eingeweiden in eine Leibeshöhle, welche nicht ihr normaler Platz ist, wobei das vorgelagerte Eingeweidestück stets von der äusseren Haut bedeckt sein muss, zum Unterschiede von Vorfall, Prolapsus, wo diese Bedeckung fehlt.

Man unterscheidet und benennt die einzelnen Eingeweidebrüche einerseits nach der Oeffnung durch welche, oder der Gegend in welche die Eingeweide von ihrem normalen Sitz aus hervorgetreten sind, andererseits nach dem im Bruche enthaltenen Eingeweide.

Wie überaus häufig das Vorkommen der Unterleibsbrüche ist, ersehen wir aus Wernher's diesbezüglichen Originalarbeit (Langenbeck's Archiv Band XI Heft III), worin er, gestützt auf Untersuchungen, die er in Frankreich angestellt, unter 42 jungen Leuten einen Bruchkranken annimmt. Malgaigne stellt die Zahl sogar noch höher, 1 : 31. (Malgaigne, Recherches sur la fréquence des hernies, Annales d'hygiéne et de médicine légale Paris 1850. Tom. XXIV pag. V.)

Die grossen Beschwerden, welche ein Unterleibsbruch mit sich bringt, dadurch dass die Patienten in Ausübung ihrer Berufspflicht bedeutend, ja manchmal gänzlich verhindert werden, ebenso die Thatsache, dass das Leiden z. B. durch nachlässige Behandlung, sich oft zu einem das Leben direkt bedrohenden gestalten kann, lassen es erklärlich finden, dass man schon seit frühester Zeit bemüht war, das-

selbe radikal zu heilen, zu welchem Zwecke die mannigfaltigsten Verfahren in Anwendung gekommen sind.

Es sei mir gestattet, hier einiger der wichtigsten bisher geübten Methoden Erwähnung zu thun.

Schon Celsus übte die Bruchoperation, indem er die Haut bis auf den Bruchsack durchschnitt, den sichtbar werdenden äusseren Leistenring mit dem Finger zu erweitern suchte und dann die Eingeweide in die Bauchhöhle reponirte. Nachdem er dann den Bauchring durch Anwendung des Glüheisens zur Vernarbung angeregt hatte, legte er klebende und entzündungswidrige Pflaster auf. Hierauf applizirte er ein auf den Bauchring genau passendes Kissen und legte ein Bruchband an.

Paul von Aegina versuchte die Unterbindung des Bruchsackes durch Zusammenschnürung von Fäden. Das zusammengeschnürte Stück des Bruchsackes und seiner Bedeckungen wurde nekrotisch, worauf durch die plastische Exsudation in der Umgebung und die nachfolgende Narbenbildung ein fester Verschluss herbeigeführt werden sollte.

Vorher hatte schon Celsus ein ähnliches Verfahren angewendet, indem er durch Compression des Bruchsackes mittels zweier kleiner Brettchen, deren überstehende Enden mit Fäden zusammengeschnürt wurden, Gangraen und danach feste Vernarbung erzielen wollte.

Die rohe Art dieser Methoden und der Umstand, dass mit ihrer Ausführung stets die Castration verbunden war, war wohl die Veranlassung, dass die damaligen Wundärzte von der Anwendung derselben bald gänzlich absahen und sich mit Anlegung eines möglichst gut passenden Bruchbandes begnügten.

Die wenig günstigen Resultate, welche die Aerzte aber hierdurch erlangten sind wohl einerseits auf ihre mangelhafte anatomische Bildung und ihre Unkenntniss der wahren

Entstehungsweise der Brüche, andererseits auch auf die Unvollkommenheit der damaligen Bruchbänder zurückzuführen.

Daher kam es denn auch, dass das Operiren in die Hände der sogenannten Bruchschneider, Leute ohne jegliche wissenschaftliche Bildung, gewissenlose Charlatans, überging. Die Bruchschneider verfuhren hierbei auf eine wahrhaft barbarische Art und Weise. Mit dem Ferrum candens z. B. verbrannten sie die Haut, das Zellgewebe und den Bruchsack zu einem Schorf, wobei sie, da sie nicht ordentlich reponiren konnten, oft Gedärme mit verbrannten, was natürlich den baldigen Tod nach sich zog. Ausserdem übten sie das Castriren durch einfaches Wegreissen der Hoden so häufig, und oft ohne Wissen und Willen des Patienten, dass es schliesslich verboten und in Frankreich sogar gerichtlich verfolgt wurde.

Die erste Radicaloperation mit Schonung des Samenstranges fällt in die Mitte des sechzehnten Jahrhunderts und wurde von Pierre Franco ausgeführt, dessen Verfahren Ambroise Paré genau beschrieb und empfahl. Franco legte den Bruchsack, ohne ihn zu eröffnen, frei und versuchte durch unmittelbaren Druck auf denselben die Eingeweide in die Bauchhöhle zurückzubringen; gelang dies nicht, so spaltete er den Bruchsack und die Bruchpforte und reponirte dann. Ambroise Paré hielt aber die Castration für unbedingt nöthig, für den Fall der Bruchsack brandig geworden.

Fabricius de Aquapendente erfand die „Königliche Naht", so genannt, weil durch sie dem Könige mannbare Leute erhalten blieben. — Der Bruchsack wird blosgelegt und vom Samenstrang getrennt, dann, nach Reposition der Eingeweide, in grösserer Ausdehnung zusammengenäht und unterhalb der Naht abgeschnitten. Samenstrang und Hoden blieben auf diese Weise erhalten.

Eine andere Methode der Radicaloperation ohne Eröff-

nung des Bruchsackes wendete Ledran an. Er erweiterte die Bruchpforte mit einem auf der Hohlsonde ausserhalb des Bruchsackes eingeführten Messer und reponirte so die Hernie. Diese Art wurde aber erst durch J. L. Petit bekannt, welcher sie für alle die Fälle empfahl, bei welchen man nicht Gangraen oder Adhaesionen im Darmkanal zu vermuthen hätte. Nach der Reduction der Hernie suchte er den Bruchsack von den umliegenden Theilen abzulösen und in die Bruchpforte zu stopfen, wo derselbe, nach seiner Ansicht, einen die Radikalheilung bewirkenden Pfropf darstellen sollte.

Belmas will durch Einführung von Streifen „getrockneten Leim's" in den Bruchsack Radikalheilung erreicht haben. Dieselben sollten, indem sie als Fremdkörper wirken, eine adhäsive Entzündung und dadurch Zusammenwachsung der Wände veranlassen. Die hierdurch erhaltenen günstigen Erfolge schreibt man aber mehr dem genau passenden Bruchbande zu, welches zugleich angelegt wurde.

Ein anderes von Moesner empfohlenes Verfahren bestand in dem Einziehen eines oder mehrerer seidener Fäden durch den Bruchsackhals, die als Reizmittel dienen und dadurch Granulationen erzeugen sollten. Damit die mit Granulationen überwucherten Flächen des Bruchsackhalses zusammen verwachsen, legte er einen Compressivverband an. Die auf diese Weise Operirten wurden gewöhnlich als geheilt entlassen, jedoch nur auf kurze Zeit, weil bald Recidive eintrat, da die künstlich erzeugten Granulationen alle wieder resorbirt wurden und die Adhäsionen sich allmählich dehnten.

Gerdy's Verdienst ist die Erfindung der Invagination (1837). Er unternahm die Einpflanzung eines Hautpropfes durch Einstülpung der Scrotalhaut. Sein Verfahren war folgendes: Mit dem Finger stülpte er einen Theil der Scrotalhaut sammt einem Theil des Bruchsackes in den Leistenkanal ein und fixirte dieses durch die Naht. Neben dem

einstülpenden Finger wurde eine gestielte Nadel durch den eingestülpten Kegel und durch die Bauchwand nach aussen geführt, sodann ein doppelter Faden in ein an der Nadel befindliches Oehr gebracht, der nach innen zurückgezogen wurde, um dann nochmals an einer anderen Stelle durch Kegel und Bruchdecken nach aussen geführt zu werden. Dort wurde jeder Faden für sich über Heftpflasterröllchen befestigt. Die hierdurch erlangte Naht sollte nun den Kegel so lange in der Bruchpforte erhalten, bis derselbe mit der Pforte verwachsen war, was durch die entzündliche Reizung der Fäden bewirkt werden sollte.

Wutzer und von Rothmund verbesserten diese Methode dahin, dass sie besondere Invaginatorien construirten, die, mit dem fixirenden Nähapparat in Verbindung, zugleich die kegelförmige Einstülpung des Invaginirten während der für die Verwachsung nöthigen Zeit erhalten sollten. Um die Verwachsung der Scrotalhaut unter sich selbst zu bewirken, bestrich von Rothmund den Holzcylinder mit Canthariden-salbe.

Diesem Verfahren sehr ähnlich war das von Valette und Langenbeck. Das Invaginatorium, welches Letzterer construirte, hatte nicht nur den Zweck, die invaginirte Haut im Leistenkanale festzuhalten, sondern zugleich durch Druck Gangrän hervorzurufen, weil sich zeigte, dass der invaginirte Scrotalcylinder, wenn er nur durch entzündliche Adhäsionen befestigt war, immer nach dem Gesetz der Schwere wieder herausgezogen wurde; bekam er aber eine feste Narbe nach Abstossung eines brandigen Stückes, so blieb der Scrotal-cylinder liegen.

Eine merkwürdige und sehr kühne Variation der Invagination ist die von Signorini in Padua wirklich ausgeführte und von ihm die „Introretroversio cornuta seu Chilissochisoraphia“ benannte.

Der Operateur drängt mit dem Zeigefinger die Scrotal-

haut durch den Leistenkanal in die Bauchhöhle, dann wendet er die Spitze seines Fingers abwärts, um das Fallop'sche Band herum nach Unten und Vorn, durch den Schenkelkanal hindurch, so dass er die Haut in der Gegend der Fovea ovalis fasciae latae hügelförmig erhebt. Demnächst wird eine krumme Nadel dem invaginirten Finger entlang auf demselben Wege eingeführt und durch den erwähnten Hügel geschoben. Eine gerade Nadel wird quer durch diesen Hügel gestossen, so dass sie die Haut des Schenkels und die Spitze der invaginirten Scrotalhaut durchbohrt, wodurch das Zurückweichen der invaginirten Haut verhindert werden soll. Darauf wird die Schenkelhaut incidirt und der eingestülpte Kegel blosgelegt, scarifizirt und durch einen die beiden Nadeln festumschlingenden Faden nochmals nach Art einer Suturacircumvoluta befestigt. Die Höhle dieser hornförmig invaginirten Scrotalhaut wird mit Charpie ausgestopft, die so lange erneuert wird, bis jene obliterirt ist. Die krumme Nadel wird am 8. die gerade am 7. Tage herausgezogen. Die Nachbehandlung besteht in der Beherrschung der eintretenden Entzündung.

Die der Gerdy'schen Idee zu Grunde liegenden Methoden, namentlich die Wutzer v. Rothmund'sche, wurden bis in die fünfziger Jahre unseres Jahrhunderts vielfach gehandhabt, hier jedoch wieder aufgegeben, da trotz eines anfangs guten Heilerfolges in kürzerer oder längerer Zeit an derselben Stelle wieder Brüche hervortraten. Das, was aber häufig damit Reelles erreicht wurde war, dass die Brüche verkleinert wurden, und Leute, die früher den Bruch mittels Bandage nicht zurückhalten konnten, es jetzt im Stande waren. Namentlich jene Fälle wurden so gebessert, wo brandige Abstossung am Scrotalcylinder eine feste bleibende Narbe erzeugt hatte, was keine andere Methode so erreichte.

In ein ganz neues Stadium trat die Radicaloperation der Brüche durch die Einführung der für alle chirurgischen Ein-

griffe so segensreich gewordenen Lister'schen Wundbehandlung!

Durch Anwendung dieses Verfahrens sah sich der Operateur in den Stand versetzt, Operationen zu unternehmen, welche ihm früher auszuführen, seine Gewissenhaftigkeit untersagte; er kann heute ohne Furcht an die Eröffnung der Bauchhöhle gehen, ein Eingriff, der vor Einführung des Lister'schen Verfahrens fast stets von letalem Ausgang gefolgt war.

Seit dieser Zeit haben sich dann auch die verschiedensten Autoritäten eingehend mit der Bruchoperation beschäftigt und nach und nach Erfolge erzielt, welche die früher erlangten um Bedeutendes übertreffen.

Geheimrath Prof. Dr. von Nussbaum war es, der im Jahre 1876 zuerst die Radicaloperation der Brüche unter Listerschen Cautelen unternahm, indem er dabei eine Art, „Königliche Naht" anwendete. Er nähte den Hals des blosgelegten Bruchsackes, dessen Inhalt vorher sorgfältig reponirt worden war, mit Catgut fest zu. Circa 1—1½ cm. unterhalb dieser Naht durchschnitt er den Bruchsack quer und exstirpirte denselben ganz und gar, wenn nicht zu derbe Verwachsungen vorhanden waren.

Ihm folgten bald Andere nach, darunter Hueter in Greifswald, Prof. Czerny in Heidelberg etc.

Prof. Czerny schnürte den Bruchsackhals mit antiseptischer Seide einfach zu, schnitt den Bruchsack unterhalb der Ligatur quer durch, spaltete dann denselben der Länge nach und schnitt links und rechts Stücke seiner Wundränder aus, welche er mit der Scrotalhaut vereinigte. Nach gehöriger Carbolauswaschung und Drainagirung suchte er den Bruchsack zur Obliteration zu bringen. Endlich vereinigte Czerny stets noch die Leistenpfeiler mit einigen Seiden-Suturen.

Obige zwei Methoden werden heute von den meisten

Chirurgen angewendet, und sind durch sie bisher sehr zufriedenstellende Resultate erzielt worden.

Wenn wir diese beiden Operationsarten miteinander vergleichen, so finden wir, dass sie uns in zwei Punkten wesentliche Verschiedenheiten darbieten.

I. Prof. v. Nussbaum vernäht stets den blosgelegten Bruchsack mit Catgut, während Czerny denselben mit Seidenfäden nur unterbindet.

II. Es wird nach v. Nussbaum der Bruchsack stets exstirpirt, für den Fall, dass nicht zu feste Verwachsungen mit der Umgebung vorhanden, wogegen Czerny sich mit der Obliteration des Bruchsackes begnügt.

Der Nachtheil der Unterbindung des Bruchsackhalses gegenüber dem Zusammennähen desselben, besteht darin, dass die Ligatur vom Stumpf abgleiten und dadurch den Operateur in Verlegenheiten setzen kann, ein Zufall, der schon öfters passirt ist.

Die totale Exstirpation des Bruchsackes ist, wenn dieselbe ausführbar ist, der Obliteration deswegen vorzuziehen, weil sie radicaler ist, da eine künstlich erzeugte Obliteration resorbirt werden und der obliterirte Kanal wieder wegsam werden kann.

Ich bin der Meinung, dass aus diesen beiden Gründen das von Professor v. Nussbaum angegebene Verfahren der Cernyschen Methode vorzuziehen ist.

Schwalbe (Magdeburg) empfahl im Jahre 1881 zur radicalen Heilung der Brüche Injectionen von 60—70 % Alcohol in die Umgebung der Bruchpforte.

In dieselbe Zeit ungefähr fallen auch die Versuche, welche Professor Sutor in Frankreich und J. Warren in Amerika mit Injectionen anstellten. Prof. Sutor bediente sich zur Injection einer kaltgesättigten Kochsalzlösung, während Warren Eichenrindenextract injicirte.

Der Schwalbeschen Methode wurde anfangs nur wenig

Vertrauen entgegengebracht, doch die günstigen Resultate, welche er damit erzielte — so berichtete er in der Berlin. Klin. Wochenschrift Nr. 25, 1882 über 34 neugeheilte Fälle — veranlassten schliesslich andere Chirurgen ebenfalls Versuche anzustellen, welche auch grösstentheils von Erfolg gekrönt waren. Auch ich habe Gelegenheit gehabt, in der hiesigen chirurgischen Abtheilung zwei Bruchkranke zu beobachten, bei denen die Schwalbeschen Injectionen in Anwendung kamen. Das Resultat war ein äusserst befriedigendes.

Wenn wir die leichte Ausführbarkeit und Ungefährlichkeit dieser Methode in Betracht ziehen, so müssen wir zugeben, dass die Anwendung desselben besonders zu empfehlen ist. Allerdings glaube ich, dass sich nur bei kleinen und leichtreponirbaren Brüchen günstige Erfolge erzielen lassen, es dagegen bei grösseren Hernien schwer sein wird, einen vollständigen Verschluss der Bruchpforte dadurch zu erreichen, weshalb bei letzteren die Radicaloperation nach Professor Dr. v. Nussbaum vorzuziehen ist.

Ich lasse jetzt die Beschreibung von fünf in der hiesigen chirurgischen Klinik ausgeführten Radicaloperationen folgen, deren Verlauf zu beobachten mir Herr Privatdozent und I. Assistenzarzt Dr. Messerer gütigst gestattete.

I. Fall.

Hofberger Jos., 17 Jahre alt, Bäckergehilfe aus Sachsenkam.

Patient gibt an, dass er sich schon vor etwa zwei Jahren durch fortgesetztes Heben schwerer Lasten einen linksseitigen Leistenbruch erworben habe, den er bis in die letzte Zeit durch ein Bruchband zurückhielt.

Neuerdings trat aber der Bruch neben dem Bruchband hervor. Die Störungen, welche Patient dadurch erlitt, veranlassten ihn ins Krankenhaus einzutreten und sich der Bruchoperation zu unterwerfen.

Ueber dem linken Inguinalkanal findet sich die Haut in etwa gänseeigrosser Ausdehnung emporgewölbt. Die Palpation ergiebt das Vorhandensein einer in horizontaler Rückenlage des Patienten und bei Entspannung der Bauchdecken leicht in die Bauchhöhle reponirbaren Geschwulst. Der äussere Leistenring erscheint ziemlich stark erweitert, der innere ist mässig weit, scharfrandig.

Diagnose: Hernia inguinalis sinistra.

5/XII. 83. Nach wiederholter Entleerung des Darmes und 24stündiger Application eines Carbolumschlages auf die linke Inguinalgegend, nach gründlicher Reinigung und Desinficirung des Operationsfeldes wird unter Lister's Cautelen in Chloroformnarkose zur Radicaloperation des Bruches geschritten. Im ersten Act der Operation wird der Leistenkanal durch einen etwa 4 cm langen Schnitt und damit zugleich der Bruchsack blosgelegt. Nach sorgfältiger Stillung der blutenden Gefässe wird nach Reposition des im Bruchsack enthaltenen Netzes und Darmschlingen in die Bauchhöhle, wo sie durch Compression des Abdomens oberhalb des linken Schambeinastes, zurückgehalten werden, der Bruchsack selbst eröffnet und bis auf einen kleinen starkverwachsenen Rest lospräparirt. Dabei entleert sich eine mässige Menge grün-gelblicher heller Flüssigkeit.

Bei der Verlängerung des Hautschnittes an der linken Seite des Scrotum ergiebt sich, dass der Hode und Nebenhode völlig normal sind.

Nach sorgfältiger Unterbindung sämmtlicher bei der Operation durchtrennten Gefässe wird der Bruchsackhals selbst mehrfach unterbunden und die Bruchpforte durch sogenannte Hinterstiche geschlossen, das lospräparirte Stück des Bruchsackes aber ausgeschnitten. Um dem Wundsekrete Abfluss zu verschaffen wird an der tiefsten Stelle des Scrotums incidirt und so längs des ganzen Verlaufs des linken Samenstrangs eine Dranaige eingelegt. Durch zahlreiche

Knopfnähte wird jetzt die Wunde geschlossen und mit Jodoformpulver betupft. Sublimat, Holzwolle-Verband. Abends starke blutige seröse Secretion, welche die einzelnen Verbandstücke völlig durchsetzt. V. W.

8/XI. M. T. 37,2.

9/XI. M. T. 37,5. A. T. 38,5.

10/XI. M. T. 37,2. A. T. 37,7. V. W. Sekretion mässig, eitrig serös.

12/XI. M. T. 37,4. A. T. 37,5. Der Verband ist in Unordnung gerathen. V. W. Nichts Neues.

19/XI. V. W. Entfernung der Drainage und der meisten Nähte. Rasch fortschreitende Heilung

30/XI. V. W. Nichts Neues. Sublimatkissen.

4/XII. Keine Secretion vorhanden. Die Wunde ist geheilt; Weglassung des Verbandes und Anlegung eines Bruchbandes.

10/XII. Patient wird als geheilt entlassen.

II. Fall.

Behrens Theodor, 21 Jahre alt, protestantisch, Buchbindergehilfe aus Schellerten.

Patient giebt an, dass er schon seit seinem sechsten bis siebenten Lebensjahre einen rechtseitigen Leistenbruch gehabt habe, über dessen Entstehungsweise Patient nichts anzugeben weiss. Seit seinem 14. Jahre will Behrens öfters sehr grosse Schmerzen durch das Vorhandensein des Bruches bekommen haben, die immer wieder verschwanden, sobald die Reposition ausgeführt war. Diese Schmerzen stellten sich gewöhnlich alle 4—6 Wochen ein. Am 20. d. M. Morgens soll der Bruch wieder herausgetreten sein und Patient die grössten Schmerzen verursacht haben, die bis zum 24. Oktober dauerten und von öfterem grünlichen Erbrechen begleitet waren. Die Aussichtslosigkeit auf eine Besserung durch spontane Reposition des Bruches veranlassten den

Patienten ins Spital einzutreten, wo sich folgender Status praesens ergab.

24/X. Die Erscheinungen der Incarceration drängten zur Operation und wurde unter Lister's Cautelen und in Chloroformnarkose die Herniotomie in Verbindung mit Radicaloperation des Bruches ausgeführt. Der Bruchsack wurde hervorgezogen, der Hals mit Catgut fest zugenäht und 1 cm unterhalb der Naht excidirt.

25/X. M. T. 38,4. A. T. 40,6. Patient fühlt sich heute Morgen recht wohl. Kein Erbrechen. Wenig Schmerzen. V. W. Das Scrotum ist stark ödematös. Aus der Drainage fliesst kein Eiter ab. Die Erscheinungen des Peritonitis fehlen. Nachts Stuhl.

26/X. M. T. 38,8. A. T. 40,2. Stat. idem. Auf Einlauf zwei Stühle. V. W. Sublimatkissen.

27/X. M. T. 37,4. V. W. Keine Veränderung in der Umgebung der Wunden. Ausspritzen der Drainage. Schmerzhaftigkeit des rechten Inguinalkanals.

28/X. M. T. 38,2. V. W. Listerscher Verband.

29/X. M. T. 36,8. A. T. 37,9.

30/X. M. T. 36,9. Bedeutende Abnahme der ödematösen Schwellung der rechten Scrotalhälfte. Umgebung des rechten Leistenkanals ist nicht mehr schmerzhaft. Verkürzung der Drainage.

1/XI. M. T. 36,4. A. T. 37,3. Patient erhält ein Clysma. Verband ist in Ordnung.

2/XI. M. T. 36,7. A. T. 37,3. V. W. Secretion aus der Drainage mässig. Das Oedem des Scrotums ist stark im Rückgang begriffen. Die Drainage wird verkürzt. Entfernung der Entspannungsnaht über den Inguinalkanal und zweier Knopfnähte.

3/XI. M. T. 36,8. A. T. 37,7.

4/XI. M. T. 36,9. A. T. 37,1.

5/XI. M. T. 37,3. A. T. 37,5.

6/XI. M. T. 37,0. A. T. 37,8. V. W. Einzelne Nähte

am Inguinalkanal sind ausgerissen und die Drainage liegt in circa 2 cm langer Ausdehnung bloss. Mässige eitrige Secretion. Verkürzung der Drainage.

7/XI. M. T. 37,1. A. T. 3,78.

8/XI. M. T. 37,0. A. T. 37,8.

9/XI. M. T. 37,3. A. T. 37,5. V. W. Stat. idem.

10/XI. M. T. 36,9. A. T. 38,5. V. W. Stat. idem. Ziemlich starker Schmerz im Verlaufe des rechtseitigen Leistenkanals. Fortschreitende Heilung. Eiterung mässig.

11/XI. M. T. 37,1. A. T. 38,2. V. W. An der Tiefe der rechten Hodensackhälfte findet sich Fluctuation und mässige Röthung der Haut. Der Abscess wird eröffnet, wobei sich grünlicher Eiter entleert. Einlegung einer Drainage. Carbolgaze-Verband.

12/XI. M. T. 36,7. A. T. 37,8.

13/XI. M. T. 36,4. A. T. 36,8.

14/XI. M. T. 36,3. A. T. 37,3. V. W.

15/XI. M. T. 37,0. A. T. 38,0.

16/XI. M. T. 37,2. A. T. 37,5. V. W. Rasch fortschreitende Heilung.

17/XI. M. T. 37,5. A. T. 37,9.

18/XI. M. T. 36,5. A. T. 37,8.

19/XI. M. T. 37,4. A. T. 37,8.

20/XI. M. T. 37,4. A. T. 37, 7.

21/XI. M. T. 37,3. V. W. Granulation im Fortschritt.

22/XI.—29/XI. Status afebrilis.

30/XI. Die Wunde ist bis auf eine Kruste geheilt.

30/XI.—5/XII. Status afebrilis.

5/XII. Anlegung eines Bruchbandes; Patient bleibt zur Beobachtung noch einige Zeit und wird am 7/XII. als geheilt entlassen.

III. Fall.

Birk Johann, 26 Jahre alt, katholisch, Zimmermann aus Holzkirchen.

Patient erhielt angeblich vor zwei Jahren durch übermässige Anstrengung der Bauchpresse einen Bruch, welchen er seither durch ein Bruchband zurückhielt. Bei der Verrichtung schwerer Arbeiten erwies sich jedoch die Hilfe des Bruchbandes als unzulässig und begab sich desshalb der Patient zur Operation ins hiesige Krankenhaus. Status praesens: In der linken Inguinalgegend ist die Haut in etwa hühnereigrosser Ausdehnung emporgewölbt, nicht entzündet, nicht schmerzhaft. Die Palpation dieser Geschwulst in horizontaler Rückenlage ergibt die für eine Hernie charakteristische Weichheit und lässt sich bei mässigem Druck die Geschwulst in die Bauchhöhle durch den Leistenkanal reponiren. Beim Husten wie beim Pressen seitens des Patienten erscheint die Geschwulst wieder. Der innere Leistenring scheint mässig, der äussere ziemlich stark erweitert. Patient will in der letzten Zeit von Seite des Bruches keine schlimmen Erscheinungen gehabt haben, vor Allem soll kein Erbrechen und keine Verdauungsstörungen aufgetreten sein.

Diagnose: Hernia inguinal. sin.

26/XI. In Chloroformnarkose und unter Listers Cautelen wird die Radicaloperation des Leistenbruches gemacht.

Die Scrotalhaut wird am äusseren Rande durch einen ca. 6 cm langen Schnitt durchtrennt und so der Bruchsack blosgelegt. Unterbindung der zahlreichen Gefässe. Nach Eröffnung des Bruchsackes, wobei eine mässige Menge gelblicher Flüssigkeit entleert wird, wurde bei Zurückhaltung der Darmschlingen die Bruchpforte durch die sogenannte »Königliche Naht«, verschlossen. Auch hier wurde der Bruchsack ½ cm unterhalb der verschliessenden Naht abgeschnitten und excidirt. Einlegung einer Drainage im Verlauf des Bruchkanals. Contrapunktionsöffnung an der tiefsten Stelle vom Scrotum. Ausspülung der Drainage, Jodoformgaze. Sublimatkissen. Binden. A. T. 37,5.

27/XI. M. T. 37,5. A. T. 38,0.

28/XI. M. T. 37,5. Die Wunde sieht sehr gut aus. Reactionsloser Verlauf. V. W.

29/XI. M. T. 37,4. A. T. 37,8.

30/XI. Verband in Unordnung gerathen. V. W. Nichts Neues.

1/XII. M. T. 37,9.

2/XII. M. T. 37,3. A. T. 37,1.

3/XII. M. T. 37,2.

4/XII. M. T. 37,2.

5/XII. M. T. 36,8.

6/XII. M. T. 37,1. V. W. Wunde völlig aseptisch, zeigt gute Heiltendenz, die Drainage wird verkürzt.

7/XII. M. T. 37,4.

8/XII. M. T. 38,6. V. W.

9/XII. M. T. 37,0. A. T. 38,3.

10/XII. M. T. 37,9. A. T. 38,5. V. W.

11/XII. M. T. 37,8. A. T. 38,9.

12/XII. M. T. 38,2. A. T. 39.1. Starke Eiterung aus der Wunde. Patient klagt über sehr grosse Schmerzen im Verlaufe des linken Leistenkanals. Eiterverhaltung.

13/XII. M. T. 37,7. A. T. 38,5. Starke Eitersecretion. Borlintverband.

14/XII. M. T. 37,0. A. T. 37,8. Stat. idem.

15/XII. M. T. 38,0. A. T. 39,3.

16/XII. M. T. 38,2. A. T. 37,8.

17/XII. M. T. 38,1. A. T. 39,0. Secretion ist geringer. Die Schmerzen haben bedeutend nachgelassen.

18/XII. M. T. 38.0.

19/XII. M. T. 38,5.

20/XII. M. T. 37,5. A. T. 39,2.

21/XII. M. T. 38,2. A. T. 38,7.

22/XII. M. T. 37,8. A. T. 38,8 Erweiterung des Wundkanals. Einstreuung von Jodoformpulver. Borlintverband.

23/XII. M. T. 37,2. A. T. 38,8 V. W.

24/XII. M. T. 37,5. A. T. 37,2.

25/XII. M. T. 36,6. A. T. 37,0. Etwa 1 cm unterhalb der ursprünglichen Wunde hat sich am Aussenrande des Scrotums eine kleine, etwa linsengrosse Perforationsöffnung gebildet, aus welcher ziemlich viel Eiter abfliesst. Abfall der Temperatur. Beginn der Heilung.

26/XII. M. T. 36,7. A. T. 36,9.

27/XII. M. T. 36,4. A. T. 37,2.

28/XII. M. T. 36,7. A. T. 37i4.

29/XII. M. T. 37,5. A. T. 36,8. Verband-Wechsel. Die Wunde sieht sehr gut aus. Heilung schreitet schnell vorwärts.

30/XII. M. T. 36,7. A. T. 37,2.

31/XII. M. T. 36,5. A. T. 37,2.

1/I. 1884. M. T. 36,7. Die Wunde ist nahezu geheilt, secernirt sehr wenig seröse Flüssigkeit.

2/I—4/I. Status afebrilis.

5/I. Die Wunde ist vollkommen geheilt und der Patient wird als geheilt entlassen.

IV. Fall.

Daxenbüchler Anna, 22 Jahre alt, katholisch, Fabrikarbeiterin aus Kirchbichl.

Anamnese: Patientin merkt seit zehn Jahren eine Hervortreibung in beiden Leistengegenden, welche in der Ruhelage der Patientin gewöhnlich verschwand, beim Gehen oder bei Ausübung schwerer Arbeit aber grösser wurde. Von Zeit zu Zeit sollen heftige Beschwerden aufgetreten sein, welche Patientin vor einigen Jahren veranlassten, sich ein Bruchband anzuschaffen. Da dasselbe jedoch schlecht ausgewählt war und die oben beschriebene Zurücktreibung nicht zurückzuhalten vermochte, kam sie um Aufnahme ins hiesige Krankenhaus ein.

29/X. 1883. Status praesens.

Am äusseren Leistenringe beiderseits findet sich eine pralle, elastische Geschwulst von der Grösse eines Taubeneies, die bei Anwendung der Bauchpresse, nach Exspirationsstössen etc. gespannter und etwas grösser wird. Die Geschwulst schlüpft bei Repositionsversuchen unter gurrendem Geräusch zurück. Die Bauchgeschwulst enthält demnach Darm.

Diagnose: Hern. inguinal. lateris utriusque.

Therapie: Patientin erhält Einspritzungen von Alcohol absolut. — 1 grm. pr. dosi. Bettruhe. Die Kranke fühlt den Schmerz nach der Injection sehr verschieden; manchmal ist er kurz aber sehr heftig, so dass sie aufschreien möchte, ein anderes Mal dauert er gelinde ½ Stunde.

6/XI. Patientin hat mit der heutigen Injection 4 Spritzen Alkohol erhalten und es soll nun beobachtet werden, ob die Menge Alcohol genügt, um eine Adhäsion der entzündlichen Gewebspartien in der Weise zu erzielen, dass hierdurch die Bruchgeschwulst vor fernerem Herabtreten gehindert ist.

8/XI. Linkerseits zeigt sich ziemlich hochgradige Entzündung und Schmerzhaftigkeit. Es ist bereits ziemlich feste Vernarbung eingetreten.

12/XI. Die Entzündung ist geschwunden. Es wird abermals eine Injection zu beiden Seiten zu je 1 ccm Alcohol langsam und vorsichtig ausgeführt.

20/XI. Die Anwendung von weiteren Injectionsversuchen ist nicht angezeigt. Es ist eine hinreichend derbe und feste Verlötung der entzündlichen Gewebspartien eingetreten, um dem Vordringen des Darmes genügenden Widerstand zu leisten. Die Hernie wird nicht mehr vorgetrieben. Die Kranke ist somit geheilt und wird behufs weiterer Beobachtung noch einige Tage hier belassen.

29/XI. Patientin wird als geheilt entlassen.

V. Fall.

Reich Magdalena, 24 Jahre alt, katholisch, Kindsmagd aus Neutrauchburg.

22/II. 1884. Anamnese: Patientin verspürt seit 5 Wochen, dass sich in der linken Inguinalgegend eine kleine Geschwulst hervorwölbt und dass sie abends ungewöhnlich leicht müde wird. Vor acht Tagen ging Patientin zu einem Arzt, der ihr erklärte, dass sie einen beginnenden Leistenbruch habe. Patientin ist der Meinung, dass sie sich denselben, da sie niemals strenge Arbeit gewohnt war, durch vieles Heben und Tragen von Kindern acquirirt habe. Der Stuhl sei in den letzten Wochen sehr hart und retardirt gewesen.

Status praesens: In der linken Inguinalgegend unter dem Poupart'schen Bande findet sich nach Husten und Pressen eine taubeneigrosse Hervorwölbung, die durch leichten Druck zurückgedrängt werden kann.

Diagnose: Hern. inguinal. incipiens.

Therapie: Schwalbe'sche Alcoholinjectionen.

26/II. Application einer halben Pravatz'schen Spritze Alcohol, absolut. Patientin erklärt, der Schmerz nach der Injection sei sehr intensiv, dauere aber nur 1/4 Minute höchstens.

27/II. Wiederholung der Injection. — 1/2 Spritze. —

29/II. Patientin erhält eine ganze Spritze injicirt.

1/III. Injection einer ganzen Spritze.

10/III. Es wird abermals eine ganze Spritze injicirt.

13/III. Eine ganze Spritze.

16/III, 20/III und 26/III. wurde je eine ganze Spritze injicirt.

28/III. Application einer ganzen Spritze. In der Umgebung der Bruchpforte hat sich schon eine feste, derbe Bindegewebsschwarte gebildet, so dass bei Husten kein Hervordrängen des Darmes mehr wahrgenommen wird.

9/IV. Die Injectionen unterbleiben. Der Patientin wird heute ein Bruchband angeschafft. Ihr Stuhl ist von Zeit

zu Zeit retardirt. Die Obstipation wird gehoben durch Darreichung von Infusum Sennae.

16/IV. Patientin erhält heute das bestellte Bruchband angelegt.

18/IV. Patientin klagt über zu grossen Druck von Seite des Bruchbandes, wesshalb ein neues bestellt werden muss.

24/IV. Die Kranke erhält heute das neue Bruchband, welches genau passt und keinerlei Beschwerden verursacht.

26/IV. Da Patientin mit dem Bruchband beschwerdelos gehen kann, wird sie als geheilt entlassen.

Zum obenbeschriebenen Fall IV. bleibt mir noch nachträglich zu berichten übrig, dass ich betreffende Patientin noch mehrere Male nach ihrer Entlassung untersucht habe. Dieselbe gibt an, dass sie ihre tägliche Arbeit ohne Bruchband verrichten kann und nur bei sehr schwerer Arbeit ein Solches anlegen muss. Bei der letzten Untersuchung am 9. Mai a. c., also beinahe 6 Monate nach ihrer Entlassung, fand ich den Leistenring noch verschlossen und zeigte sich selbst nach ganz starkem Husten und nach Anwendung der Bauchpresse nicht die geringste Hervortreibung.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Geheimrath Professor Dr. Ritter v. Nussbaum für die freundliche Uebernahme des Präsidiums meinen gebührenden Dank auszusprechen.

Literatur:

Bardeleben: Chirurgie Bd. III.

Hueter: Chirurgie Bd. II.

Pitha und Billroth: Spez. Chirurgie Bd. II.

von Nussbaum: Die gegwärtg. Behdlg. der Unterleibsbrüche. Vortag im März 1881 München.